

<https://helda.helsinki.fi>

Vuotoa virtsaputkesta - miehen uretriitti

Hieta, Niina

2017

Hieta , N & Hiltunen-Back , E 2017 , ' Vuotoa virtsaputkesta - miehen uretriitti ' , Suomen
lääkärilehti , Vuosikerta. 72 , Nro 4 , Sivut 205-208 . <
<http://www.laakarilehti.fi/pdf/2017/SLL42017-205.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/237136>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

NIINA HIETA

LT, ihotautien ja allergologian
erikoislääkäri
Turun yliopisto, iho- ja
sukupuolitautioppi
TYKS, ihoklinikka

EIJA HILTUNEN-BACK

LT, iho- ja sukupuolitautilien
erikoislääkäri
Helsingin yliopisto, ihotautien,
allergologian ja sukupuolitautilien
klinikka, HYKS Tulehduskeskus,
iho- ja allergiasairaala

Vuotoa virtsaputkesta – miehen uretriitti

- Miehen uretriitin eli virtsaputkitulehduksen oireita ovat vuoto, kirvely ja virtsaputken suun punoitus.
- Klamydia- ja tippuritartunnan mahdollisuus tutkitaan kaikilta potilailta ensivirtsan nukleinihappo-osoitustestillä.
- Uretriitin voi aiheuttaa myös Mycoplasma genitalium, adenovirus ja herpes simplex -virukset. Emättimen ja suun normaalflooraan kuuluvat bakteeritkin saattavat olla tulehduksen taustalla.
- Kroonisen eturauhastulehduksen mahdollisuus kannattaa ottaa huomioon, jos muut sairaudet on suljettu pois.

Virtsaputkitulehdus eli uretriitti on eri sairaus kuin virtsatieinfektio. Virtsaputkitulehdukseen liittyvä vuoto ja kirvely saavat monet miehet epäilemään ensiksi sukupuolitautia. Aiheuttajana voivat kuitenkin olla varsinaisten sukupuolitautilien lisäksi monet emättimen tavalliset bakteerit. Myös adenovirus ja krooninen eturauhastulehdus ovat melko tavallisia uretriitin syitä.

Virtsaviljely ei osoita uretriitin aiheuttajaa ja virtsan kemiallisen seulonnan valkosolulöydös voi viitata uretriittiin, vaikka bakteerikasvua ei olisikaan.

Tässä artikkelissa käsiteltävistä uretriittia aiheuttavista sukupuolitaudeista klamydia ja tippuri kuuluvat tartuntatautiasetuksessa säädettyi-

Anamneesi ja kliininen tutkimus

Miehen virtsaputkivuodon diagnosoiminen alkaa anamneesin selvittämisellä. Sukupuolitauti on harvoin täysin suljettavissa pois esitietojen perusteella, joten sen mahdollisuudesta tulee kysyä potilaalta.

Kliiniseen tutkimukseen kuuluu virtsaputken suun, terskan ja esinahan tarkastelu mahdollisen vuodon, inflammatorisen punoituksen tai rikkoumien toteamiseksi. Nivustaipet palpoidaan suurentuneiden imurauhasten havaitsemiseksi ja kivekset sekä lisäkivekset aristuksen tai resistenssin toteamiseksi. Eturauhanen tutkitaan tarvittaessa tuseeraamalla.

Klamydia

Klamydia on erityisesti nuorten miesten tauti. Suomessa todetaan vuosittain noin 13 000 tartuntaa (1). Klamydia on usein oireeton, mutta noin puolella tartunnan saaneista miehistä esiintyy kirvelyä tai jomottelua virtsatessa sekä vuotoa virtsaputkesta. Vuoto on yleensä harmahtavan limaista.

Klamydian laukaisemana voi terskassa ja esinahan sisäpinnalla esiintyä rengasmaisia läiskiä (balanitis circinata). Klamydia on myös tavallisimpia reaktiivisen artriitin aiheuttajia (2).

Klamydia diagnosoidaan nukleinihappo-osoitustestillä ensivirtsanäytteestä. Samasta näytteestä voidaan tutkia tippuri (CtGcNhO). Potilaan tulee olla ennen näytteen ottoa virtsaamatta vähintään 1–2 tunnin ajan, ja näyte otetaan ilman edeltävää pesua.

Klamydia hoidetaan atsitromysiinillä (1 g kerta-annoksena) tai 10 päivän doksisykliinikuurilla (100 mg x 2). Hoidon jälkeen tulee pidättäytyä seksistä viikon ajan ja käyttää kaikissa seksimuodoissa kondomia negatiiviseen jälki-

Uretriitin aiheuttajana voivat olla sukupuolitautilien lisäksi monet muutkin bakteerit.

hin ilmoitettaviin tartuntatauteihin. Lääkäri tekee tippurista tartuntatauti-ilmoituksen Terveystietojen ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämään rekisteriin, klamydialöydökset ilmoittaa laboratorio.

Näiden tautien tutkiminen ja hoito on potilaalle maksutonta julkisessa terveydenhuollossa. Hoitavan lääkärin tulee huolehtia tartunnan jäljityksestä ja ohjata potilaan seksikumppanit tutkimuksiin ja hoitoon. Tavallisimmin potilas itse ilmoittaa kumppaneilleen mahdollisesta tartunnasta.

Aina kun tutkitaan sukupuolitauteja, myös HIV-infektion mahdollisuus on tärkeää sulkea pois.

VERTAISARVIOITU



KIRJALLISUUTTA

- 1 Terveystieteiden tutkimuskeskus, tartuntatautirekisterin tilastotietokanta. www.thl.fi/ttr/gen/rpt/tilastot.html
- 2 Denison HJ, Curtis EM, Clynes MA, Bromhead C, Dennison EM, Grainger R. The incidence of sexually acquired reactive arthritis: a systematic literature review. *Clin Rheumatol* 2016;35:2639–2648
- 3 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Sukupuolitaudit. Käypä hoito -suositus 30.6.2010. www.kaypahoito.fi
- 4 Bignell C, Unemo M. 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS* 2013;24:85–92.
- 5 Jensen JS, Cusini M, Gomborg M, Moi H. 2016 European guideline on Mycoplasma genitalium infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:1650–1656.
- 6 Khosropour CM, Manhart LE, Gillespie CW, Lowens MS, Golden MR, Jensen NL, Kenny GE, Totten PA. Efficacy of standard therapies against Ureaplasma species and persistence among men with non-gonococcal urethritis enrolled in a randomised controlled trial. *Sex Transm Infect* 2015;91:308–13.
- 7 Ito S, Hanaoka N, Shimuta K ym. Male non-gonococcal urethritis: From microbiological etiologies to demographic and clinical features. *Int J Urol* 2016;23:325–331.
- 8 Bachmann LH, Manhart LE, Martin DH ym. Advances in the Understanding and Treatment of Male Urethritis. *Clin Infect Dis* 2015;61 (Suppl 8):S763–9.
- 9 Leskinen MJ. Eturauhasen kiputilat – miehen krooninen lantiokipu. *Duodecim* 2011;127:607–14.
- 10 Horner PJ, Blee K, Falk L, van der Meijden W, Moi H. 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis. www.iusti.org/regions/europe/pdf/2016/2016EuropeanNGUGuideline.pdf

SIDONNAISUUDET

Niina Hieta ja Eija Hiltunen-Back: Ei sidonnoituksia.

TAULUKKO 1.

Virtsaputkitulehduksen diagnostiikka ja hoito.

Tauti	Oireet	Diagnostiikka	Hoito	Kumppani(e)n hoito
Klamydia	Vuoto, kirvely, meatiitti, balaniitti	CtrNho tai CtGcNho ensivirtsat tai tikkunäyte	Atsitromysiini 1 g / doksisykliini 100 mg x 2 10 vrk	Kyllä
Tippuri	Vuoto, kirvely, meatiitti, balaniitti	CtGcNho ensivirtsat tai tikkunäyte; jos positiivinen, tehdään Gc-viljely	Keftriaksoni 250–500 mg ja atsitromysiini 1–2 g	Kyllä
Mycoplasma genitalium	Vuoto, kirvely	Nho ensivirtsat tai tikkunäyte	Atsitromysiini 500 mg + 250 mg x 1 4 vrk	Kyllä
Mycoplasma hominis	Vuoto, kirvely	Nho ensivirtsat tai tikkunäyte	Doksisykliini 100 mg x 2 10 vrk	Ei
Ureaplasma parvum tai urealyticum	Vuoto, kirvely	Nho ensivirtsat tai tikkunäyte	Doksisykliini 100 mg x 2 10 vrk	Ei
Trichomonas	Vuoto, kirvely	Nho ensivirtsat tai tikkunäyte tai TrVaAg tikkunäyte	Metronidatsoli 2 g kerta-annoksena	Kyllä
Adenovirus	Vuoto, kipu, sidekalvotulehdus	Adenovirusviljely tai Nho tikkunäyte		Ei
Herpes simplex 1 ja 2	Vuoto, kipu, eroosiot, rakkulapohjat	HSVpvi, HSVvi tai HSVNho tikkunäyte	Asikloviiri 200 mg x 5 (tai 400 mg x 3) 5–10 vrk tai valasikloviiri 500 mg x 2 5–10 vrk tai famsikloviiri 250 mg x 3 5–10 vrk	Ei

Nho = nukleiinihappo-osoitustesti

tarkastusnäytteeseen asti. Jälkitarkastusnäyte otetaan kuukauden kuluttua hoidosta.

Jälkitarkastuksella on tärkeä merkitys hoidon mikrobiologisen onnistumisen sekä tartunnan jäljityksen varmistamiseksi. Vakituinen kumppanin testaaminen ja tartunnan samanaikainen hoito on välttämätöntä potilaan hoidon onnistumiselle. Myös satunnaiset kumppanit tulee ohjata testeihin (3).

Tippuri

Tippuria todetaan Suomessa alle 300 tapausta vuodessa (1). Sen aiheuttaa gonokokkibakteeri eli Neisseria gonorrhoeae.

Virtsaputken tippuri on miehillä yleensä oireinen. Tyypillisiä oireita ovat voimakas kirvely virtsatessa ja vaaleankeltainen märkävuoto virtsaputkesta.

Kuten klamydia, myös tippuri diagnosoidaan ensivirtsanäytteestä nukleiinihappo-osoitustestillä (CtGcNho). Jos tulos on positiivinen, en-

nen hoitoa otetaan viljelynäyte antibioottiherkkyyden varmistamiseksi.

Tippuri hoidetaan herkkyyssmäärityksen mukaisesti yleensä keftriaksonilla (500 mg i.m.) (3). Kansainvälisten suositusten mukaan käytetään keftriaksonia (250–500 mg i.m.) ja atsitromysiiniä (1–2 g p.o.), mikäli mikrobin antibioottiherkkyys ei ole tiedossa (4). Ne hoitavat samalla myös mahdollisen klamydian. Toistaiseksi Suomessa tavatut gonokokkikannat ovat olleet keftriaksonille herkkiä, mutta ulkomailta on jo raportoitu resistenteistä kannoista.

Hoidon jälkeen suositellaan pidättäytymään seksistä viikon ajan ja käyttämään kaikissa seksimuodoissa kondomia jälkitarkastukseen asti. Vakituinen kumppani tulee tutkia ja hoitaa samanaikaisesti, ja satunnaiset kontaktit ohjata tutkimuksiin. Nukleiinihappo-osoitustesti tehdään jälkitarkastuksen yhteydessä kuukauden kuluttua hoidosta.

Mycoplasma genitalium

Mycoplasma genitalium on tunnettu pitkään, mutta sen merkitys taudinaiheuttajana on vahvistunut viime vuosina. *M. genitalium* on klamydian tapaan pieni solunsisäinen bakteeri. Se voi aiheuttaa miehille uretriitin ja lisäkeivestulehduksen, naisille uretriitin, kohdunkaulantulehduksen, endometriitin ja sisäsynnytintulehduksen (5). Usein se on oireeton.

*M. genitalium*in esiintyvyydestä Suomessa on vähän tietoa, koska seulontatesti on ollut saatavilla vasta muutaman vuoden ajan. Testin

Jälkitarkastus on tärkeä klamydian ja tippurin hoidon onnistumisen sekä tartunnanjäljityksen varmistamiseksi.

saatavuuden voi selvittää omasta keskuslaboratoriosta. Testi kannattaa tehdä uretriittioireiselle miehelle, kun klamydia- ja tippurinäytteet ovat negatiiviset.

Ensisiijaisena hoitona käytetään atsitromysiiniä (ensimmäisenä päivänä 500 mg ja sen jälkeen 250 mg päivässä 4 vrk ajan), joka tehoaa noin 90 prosentilla potilaista (5). Moksifloksasiini (400 mg x 1, 7–10 vrk ajan) on tällä hetkellä tehokkain hoito, mutta se voi aiheuttaa sivuvaikutuksia, kuten maksahaittoja ja QT-ajan pitenemän potilailla, joilla on hypokalemia. Hoidon epäonnistuminen johtaa oireiden pitkittymiseen.

M. genitalium ei kuulu ilmoitettaviin sukupuolitauteihin, joten sen hoito on potilaalle maksullista. Koska bakteeri tarttuu seksiteitse, myös kumppanit tulee tutkia.

Mycoplasma hominis ja Ureaplasmat

Mycoplasma hominis, *Ureaplasma urealyticum* ja *Ureaplasma parvum* voivat aiheuttaa uretriitin, mutta näitä bakteereja saattaa löytyä täysin oireettomienkin miesten virtsaputkesta. Oireettomista naisista *Ureaplasma* todetaan noin puolella ja *M. hominis* viidesosalla. Niitä pidetään useimmiten osana emättimen normaaliflooraa, mutta joissain maissa ne luokitellaan sukupuolitaudeiksi.

Näitä bakteereja kannattaa testata vain sellaisilta oireisilta miehiltä, joilta ei ole löytynyt muita uretriitin syitä. Ne voidaan todeta ensi-

virtsanäytteestä. Positiivisen löydöksen yhteys potilaan oireisiin on kuitenkin epäselvä. Hoidoksi voidaan käyttää doksisykliiniä (100 mg kahdesti päivässä, 7–10 päivän ajan). Vaihtoehtoisesti voidaan harkita moksifloksasiinia (400 mg kerran päivässä, 7–10 päivän ajan).

Kontrollinäytettä ei tarvitse ottaa (6). Kumppaneiden hoidosta ei ole julkaistu kansainvälisiä suosituksia.

Adenovirus sekä herpes simplex -virus 1 ja 2

Virukset ovat myös mahdollisia uretriitin aiheuttajia. Adenovirusta on löytynyt jopa 6,6 prosentilta oireilevista miehistä. Puolella heistä siihen liittyy sidekalvontulehdus.

Harvinaisempia uretriitin aiheuttajia ovat herpes simplex -virus (HSV) 1 (2,7 %) ja 2 (1,0 %). Sekä niiden että adenoviruksen aiheuttamalle uretriitille tyypillistä on kivun esiintyminen lähinnä virtsaamisen yhteydessä, vuodon niukkuus tai puuttuminen, meatiitin ja balaniitin yleisyys sekä edeltävä suojaamaton suuseksi (7).

HSV-potilaista vain kolmasosalla on näkyviä herpesleesioita (7). Herpes simplex -viljely tai nukleiinihappo-osoitustesti vahvistavat diagnoosin. Hoidona käytetään asikloviiria, valasikloviiria tai famsikloviiria.

Harvinaisia mikrobeja

Trichomonas vaginalis -alkueläin on Suomessa hyvin harvinainen, mutta joissain osissa maailmaa, esim. Etelä-Afrikassa, tavallinen uretriitin aiheuttaja. Sen hoitona käytetään metronidatsolia 2 gramman kerta-annoksena.

Miehen uretriitin taustalla voi joskus harvoin olla myös *Gardnerella vaginalis*, joka on naisilla tavallinen sekabakteeritulehduksen eli bakteerivaginiitin aiheuttaja (8). Sen hoitoa koskevia tutkimuksia ja suosituksia ei ole, mutta metronidatsoli (2 g kerta-annoksena tai 400–500 mg x 2, 7 vrk ajan) lienee tehokas.

Suojaamattoman peräsuoliyhdyntään yhteydessä virtsaputkeen voi joutua myös suolistoperäisiä gram-negatiivisia sauvoja (8). Myöskään niiden hoidosta ei ole suosituksia, mutta tehokkaita lienevät samat antibiootit, joilla hoidetaan tavallisempia virtsatieinfektioita.

Suun ja ylähengitysteiden normaaliflooraan kuuluvat bakteerit voivat niin ikään aiheuttaa uretriittia. *Haemophilus influenzae* ja parainfluenzae -bakteereita on tutkimuksissa löytynyt virtsaputkesta muutamilta prosenteilta potilail-

ta. Niille altistavat maksulliset kumppanit ja suuseksi.

Harvinainen uretriitin aiheuttaja (1,4 %) on myös *Neisseria meningitidis*, joka on tippurin aiheuttajan *Neisseria gonorrhoeae* sukulainen. Siihen tehoaa sama hoito kuin tippuriin.

Lantion alueen krooninen kiputila ja krooninen eturauhastulehdus

Nimityksiä lantion alueen krooninen kiputila (chronic pelvic pain syndrome, CPPS) ja krooninen eturauhastulehdus käytetään usein synonyymeinä. Siihen voi liittyä lantion ja sukuelinten kipua, kipua virtsaamisen ja ejakulaation yhteydessä, virtsaputkivuotoa sekä tihentynyttä virtsaamistarvetta, mutta niiden taustalta ei löydy infektiota tai muuta osoitettavaa sairautta. Eturauhanen on tuseeraten aristava ja tulehdukseen liittyvän turvotuksen takia usein puumaisen kova.

Diagnoosi perustuu kliiniseen kuvaan sekä muiden sairauksien sulkemiseen pois. Potilaalle tulee selittää oireiden hyvänlaatuinen luonne, ja

myötätuntoinen asenne on tärkeä. Oireita lievittävinä hoitoina on käytetty alfasalpaajia, finasteridia, antibiootteja, tulehduskipulääkkeitä, trisyklisiä masennuslääkkeitä sekä liikuntaa ja myofaskiaalisten liipaisinpisteiden käsittelyä (9).

Lopuksi

Klamydian ja tippurin nukleiinihappo-osoitustesti tulee tehdä jokaiselle uretriittipotilaalle. Jos tulokset ovat negatiiviset, seuraavaksi kannattaa tutkia *M. genitalium*. Oireiden pitkittyessä voidaan anamneesin ja saatavilla olevien testausmahdollisuuksien perusteella harkita adeno- ja herpes simplex -virusten sekä *M. hominis*, *U. urealyticum* ja *U. parvum* -bakteerien tutkimista.

Ellei selvää uretriitin aiheuttajaa löydy, hoitokokeiluna voidaan aloittaa doksisykliini (100 mg 1 tabletti aamuin illoin, 7–10 päivän ajan) (10).

Kroonista eturauhastulehdusta eli lantion alueen kiputilaa tulee epäillä, kun muut tulehdussairaudet on suljettu pois. ●

NIINA HIETA

M.D., Ph.D., Specialist in
Dermatology and Allergology
Department of Dermatology,
Turku University Hospital and
University of Turku
Eija Hiltunen-Back

Male urethritis

Urethritis is an inflammation of the urethra. Urethral discharge, dysuria, urethral irritation and meatitis are the main symptoms of urethritis in men. Clinical investigation includes inspection of the meatal opening, glans and prepuce to look for possible discharge, inflammatory erythema or erosions. Palpation of the inguinal area reveals possible lymph node enlargement. Chlamydia trachomatis is the most common cause of urethritis. Chlamydia and gonorrhoea should be tested for by nucleic acid amplification testing in first-void urine from all patients suffering from urethritis. Other, rarer venereal pathogens include Mycoplasma genitalium, herpes simplex type 1 and 2, and Trichomonas vaginalis. Treatment of chlamydia and gonorrhoea is free of charge in public healthcare in Finland. In addition, organisms found in normal vaginal bacterial flora, such as M. hominis, Ureaplasma urealyticum, U. parvum, and Gardnerella vaginalis, and in normal oral bacterial flora, such as Haemophilus influenzae, H. parainfluenzae and Neisseria meningitidis, as well as gram-negative bacteria can cause urethritis, as can adenovirus. Chronic prostatitis or pelvic pain syndrome should be considered if no microbiological aetiology can be found.